

**Regional de da Cidade de Acton
Programa Subsídio à Assistência Infantil**

APLICAÇÃO COMPLETA

Obrigado pelo seu interesse em se inscrever no Programa de Subsídio à Assistência Infantil como parte de um Subsídio do Bloco de Desenvolvimento Comunitário. A elegibilidade para este programa depende da renda e da residência e, como tal, a seguinte inscrição nos ajudará a garantir que sua família se qualifique.

Algumas coisas para se manter em mente ao preencher o formulário: Os

- aplicativos são financiados por ordem de chegada. Inscrições incompletas serão atrasadas.
- A qualificação de renda é baseada no tamanho da família, portanto, este formulário deve incluir todos que moram em sua casa (incluindo avós, outras pessoas significativas que moram com você, etc.).
- Preste atenção especial à lista de anexos no final do formulário. Se você não puder fornecer algum item listado, entre em contato conosco e faremos o possível para encontrar uma solução.
- Assim que a inscrição for aprovada, você e seu provedor de cuidados infantis serão notificados. Um contrato delineando os termos do programa será enviado a ambas as partes. A cobrança da criança aprovada pode começar assim que o formulário assinado for devolvido ao programa.
- Os prêmios começam em \$ 3.000 para crianças de 0 a pré-K e \$ 2.000 para crianças do jardim de infância até os 13 anos de idade. O prêmio máximo pode ser de até \$ 5.000 por criança. O financiamento expira em 31/12/21.
- Este subsídio não pode ser usado em conjunto com nenhum outro subsídio de creche. Se você está recebendo ou planeja receber financiamento alternativo, deve nos alertar imediatamente.
- Este aplicativo é **confidencial**. As informações neste formulário serão usadas para determinar a elegibilidade de sua família para fundos de subsídio que estão sujeitos aos regulamentos do HUD e aos requisitos de renda.

Se você tiver alguma dúvida, não hesite em entrar em contato conosco.

PART 1 – INFORMAÇÕES DA FAMÍLIA

- **Pais ou guardião – Nome:** _____.

Endereço: _____.

Endereço para correspondência: _____.

Telefone: (Dia) _____ (noite) _____ e-mail _____.

- **Criança qualificada: (Entre as crianças adicionais no verso)**

Nome: _____

Idade: _____ Programa de Creche: _____

Valor mensal do programa da Creche: _____

Nome: _____

Idade: _____ Programa de Creche: _____

Valor mensal ao programa da Creche: _____

Nome: _____

Idade: _____ Programa de Creche: _____

Valor mensal ao programa da Creche: _____

Nome: _____

Idade: _____ Programa de Creche: _____

Valor mensal ao programa da Creche: _____

Nome: _____

Idade: _____ Programa de Creche: _____

Valor mensal ao programa da Creche: _____

Nome: _____

Idade: _____ Programa de Creche: _____

Valor mensal ao programa da Creche: _____

Número de pessoas na família: _____

- Alguma das crianças acima listadas estão qualificadas para o Massachusetts Department of Early Education (Departamento de Ensino Precoce) e Care voucher? Sim Não
- Alguma das crianças listadas acima estão atualmente recebendo qualquer outro subsídio para creche ou algum voucher? Sim Não

NÚMERO DE PESSOAS NA FAMÍLIA: Favor listar abaixo o responsável pela família e todos os membros que moram ou que morarão em sua casa.

Liste primeiro o responsável. Nome	Nº do Social Security	Parentesco com o responsável	Data de nascimento	Trabalha/Estuda

- Tem alguém que mora com você agora que não está listado acima? Sim Não
- Tem alguém que pretende morar com você no futuro e que não está listado acima? Sim Não
- Se você respondeu “sim” para algumas das perguntas acima favor explicar: _____

PARTE II – CATEGORIA SALARIAL: Favor marcar se for apropriado.

1) **Categoria de qualificação salarial:** Se o total da sua renda familiar bruta, se encaixar nas diretrizes de limite de renda do HUD (veja o quadro de qualificação salarial abaixo), você poderá se classificar como família de RENDA QUALIFICADA e receber o programa de subsídio de verão. Informações adicionais de renda deverão acompanhar este formulário. Favor checar o quadro abaixo e consultar o REQUERIMENTO DE VERIFICAÇÃO SALARIAL, e continuar com a informação de renda salarial.

■ **RENDA QUALIFICADA**

Gráfico para Qualificação de Renda

Tamanho da família	Limite de renda para residentes de Acton,	Limite de renda para residentes de
	Boxborough, Littleton, Maynard	Westford
2	\$77,000	\$62,800
3	\$86,650	\$70,650
4	\$96,250	\$78,500
5	\$103,950	\$84,800
6	\$111,650	\$91,100
7	\$119,350	\$97,350
8	\$127,050	\$103,650

PARTE III – Informação Salarial– Completar se for empregado ou se trabalhar por conta própria.

- **Você reside no endereço da página 1 o ano inteiro?** Sim Não
- **Pais/Guardião** Empregado Desempregado/Procurando emprego Estudante tempo integral

Empregador: _____

Endereço do empregador: _____

Telefone do trabalho: _____ Anos de serviço para este empregador _____

Se trabalhar somente sazonalmente, favor indicar as datas: _____

- **Pais/Guardião n° 2** Empregado - Desempregado/Procurando emprego - Estudante tempo integral

Empregador: _____

Endereço do empregador: _____

Telefone do trabalho: _____ Anos de serviço para este empregador _____

Se trabalhar somente sazonalmente, favor indicar as datas: _____

Nota: Se houver outros adultos na família atualmente empregados ou recebendo benefícios favor fornecer os detalhes no verso desta folha.

PART IV: TOTAL DA RENDA ANUAL: Qual a sua renda bruta anual? (Favor incluir todos os empregadores, benefícios, pensões, assistência pública, auxílio desemprego, renda proveniente de aluguel, auxílio criança, etc, para todas as pessoas da família acima de **18** anos de idade).

RENDA ANUAL

PROVENIÊNCIA	PAIS/GUARDIÃO	PAIS/GUARDIÃO	OUTRO MEMBRO DA FAMÍLIA – 18 ANOS DE IDADE OU ACIMA	TOTAL
Salário				
Horas extras				
Comissões				
Gorjetas				
Bônus				
Assistência pública em dinheiro				
Juros e/ou dividendos				
Auxílio desemprego				
Social Security/Fundos de aposentadoria, etc				
Compensação trabalhista, etc				
Pensão alimentícia/auxílio criança				
Renda Líquida de alugueis				
Outros (descrever)				
Total	\$	\$	\$	\$

PARTE V: BENS E RESPONSABILIDADES. Completar como requerido.

BENS (Conta corrente, Poupança, Money Market, IRA's CD's, etc. para todos os membros da família acima de **18** anos de idade) Usar o verso da folha se necessário.

TIPO	VALOR EM DINHEIRO	RENDA ANUAL PROVENIENTE DOS BENS	NOME DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA	NÚMERO DA CONTA
Conta(s) corrente(s)				
Poupança(s)				
CD's				
IRA's				
Ações				
Seguro de Vida				
Outros(descrever)				
TOTAL	\$	\$	\$	\$

Parte VI: CONFLITO DE INTERESSES

Você é um empregado municipal ou um oficial nomeado? Sim Não

Você trabalha como consultor ou representante comunitário? Sim Não

Se as respostas foram “sim”:

1. Posição titular: _____

2. Departamento: _____

3. Como você ficou sabendo deste programa? _____

4. Mencione qualquer conflito de interesses e descreva/anexar a resolução: _____

PARTE VII: REQUISIÇÃO DE INFORMAÇÕES VOLUNTÁRIAS. Faça cópias destes formulários ou use o verso desta folha caso necessário.

As informações seguintes, referentes a raça, nacionalidade, orientação sexual, estado civil, incapacidades, e estado de veterano, solicitadas neste formulário são requisitadas para que o Governo Federal, agindo através do departamento de Moradia e Desenvolvimento Urbano, assegure que as Leis Federais, proibindo discriminação contra os programas ou inquilinos inscritos com base em raça, cor, nacionalidade, religião, sexo, idade e incapacidades, sejam cumpridas. Apesar de você não ter a obrigação de fornecer estas informações, nós o encorajamos a fazê-lo.

Favor fornecer estas informações para cada membro da família.

<p>Etnia: Hispânica _____ Não hispânica _____ Sexo: Masculino _____ Feminino _____</p> <p>Raça: Branca _____ Negra/Africana-Americana _____ Asiática _____ Asiática e Branca _____</p> <p>_____ Índio Americana/Nativo do Alaska _____ Nativo do Havai/Outras ilhas do Pacífico _____ Índio Americana/Nativo do Alaska e Branca _____ Negra/Africana Americana e Branca _____ Índio Americana/Nativo do Alaska e Negra _____</p> <p>_____ Outra (multi racial) _____</p> <p>Marque se aplicável: Veterano Americano _____ Responsável pela família do sexo feminino _____ Idoso (acima de 60 anos de idade) _____ Com necessidades especiais _____</p>
<p>Etnia: Hispânica _____ Não hispânica _____ Sexo: Masculino _____ Feminino _____</p> <p>Raça: Branca _____ Negra/Africana-Americana _____ Asiática _____ Asiática e Branca _____</p> <p>_____ Índio Americana/Nativo do Alaska _____ Nativo do Havai/Outras ilhas do Pacífico _____ Índio Americana/Nativo do Alaska e Branca _____ Negra/Africana Americana e Branca _____ Índio Americana/Nativo do Alaska e Negra _____</p> <p>_____ Outra (multi racial) _____</p> <p>Marque se aplicável: Veterano Americano _____ Responsável pela família do sexo feminino _____ Idoso (acima de 60 anos de idade) _____ Com necessidades especiais _____</p>
<p>Etnia: Hispânica _____ Não hispânica _____ Sexo: Masculino _____ Feminino _____</p> <p>Raça: Branca _____ Negra/Africana-Americana _____ Asiática _____ Asiática e Branca _____</p> <p>_____ Índio Americana/Nativo do Alaska _____ Nativo do Havai/Outras ilhas do Pacífico _____ Índio Americana/Nativo do Alaska e Branca _____ Negra/Africana Americana e Branca _____ Índio Americana/Nativo do Alaska e Negra _____</p> <p>_____ Outra (multi racial) _____</p> <p>Marque se aplicável: Veterano Americano _____ Responsável pela família do sexo feminino _____ Idoso (acima de 60 anos de idade) _____ Com necessidades especiais _____</p>

Etnia: Hispânica _____ Não hispânica _____ Sexo: Masculino _____ Feminino _____

Raça: Branca _ Negra/Africana-Americana Asiática _ Asiática e Branca

_____ Índio Americana/Nativo do Alaska _ Nativo do Havai/Outras ilhas do Pacífico Índio Americana/Nativo do Alaska e Branca _ Negra/Africana Americana e Branca _ Índio Americana/Nativo do Alaska e Negra _
_ Outra (multi racial) _____

Marque se aplicável: Veterano Americano Responsável pela família do sexo feminino _____ Idoso (acima de 60 anos de idade) _ Com necessidades especiais _____

PART VIII – VERACIDADE DA DECLARAÇÃO

Eu/Nós certificamos que todas as informações fornecidas, com a finalidade de obter assistência do Programa de Subsídios para Creches, são verdadeiras.

Pais/Guardiões

data

Pais/Guardiões

data

(Se aplicável)

ANEXO DO FORMULÁRIO - LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Favor enviar pelo menos um item de cada categoria abaixo. Informações de renda e impostos devem ser fornecidas para cada membro da família acima de 18 anos de idade.

Comprovante de residência:

_____ Extrato bancário com o nome do requerente e endereço residencial

OU

_____ Conta (água, luz ou telefone etc) com o nome do requerente e endereço residencial

Verificação de renda:

_____ Contra cheques de 8 semanas consecutivas mais recentes por pessoa, por emprego (**Nota:** Não aceitamos W-2s)

OU

_____ 3 meses de declarações mais recentes bancárias pessoais se trabalhadores por conta própria

OU

_____ Uma carta de seu empregador, redigida em papel timbrado, declarando renda anual bruta

E

_____ Se estiver recebendo benefícios, como auxílio desemprego, social security, ou auxílio para necessidades especiais: Documentação confirmando o total e o período que os fundos estão sendo recebidos.